№ 11. Warszawa, Listopad 1929 r. Rok XXV.

# PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

TREŚĆ: Epilepsja; — Z dziedziny reumatyzmu; — Referaty; — Chroniczne milczenie; — Z notatnika felczera; — Kronika; — Ruch związkowy;—Nadesłane.

## EPILEPSJA.
### (PADACZKA).

Epilepsja jest cierpieniem częstem. Epilepsją (t.zw. wielka choroba) nazywamy napady drgawkowe z utratą przytomności; napady te występują nagle i to w stanie pozornie zupełnego zdrowia.

Rozróżniamy t.zw. epilepsję samoistną i symptomatyczną.

Epilepsja samoistna jakoteż symptomatyczna może się przejawiać niekoniecznie napadami, znamy także i epilepsję z innemi objawami. Kwestja etjologji, przyczyny padaczki nie jest dostatecznie naświetloną. Obecnie mniema się, że u podstawy wszelkiego rodzaju napadów drgawkowych leży pewna właściwość układu nerwowego i wydaje się być pewnem, że to usposobienie do drgawkowych napadów należy do cech przekazywanych dziedzicznie; spostrzeżono, że na występowanie drgawek wywiera wpływ (oczywiście u już predysponowanych) wiek chorego, p..y, roku, pewne okresy dnia i t. d.

Obecnie nie jest pewnem czy wogóle istnieje epilepsja samoistn t. j. na gruncie podłoża jako pewnej cechy konstytucjonalnej wyrosł . Są liczni autorowie, którzy w swej terminologji nie wprowadzają terminu epilepsja samoistna; do takich naprzykład należy Pierre Marie, który twierdzi, że epilepsja jest zawsze objawowa, jest zawsze wynikiem uszkodzenia mózgowia. Przyczyny t. zw. epilepsji samoistnej widzi on w przebytych chorobach zakaźnych.

Większość autorów uznaje istnienie epilepsji samoistnej.

W łańcuchu przyczyn epilepsji często da się upatrzeć alkoholizm przewlekły rodziców (w 34% według Rozenberga). Marchand studjował rolę syfilisu w pochodzeniu epilepsji. Znalazł on na 241 przypadków u 17 chorych wyraźne objawy wtóru lub trzeciorzędnego syfilisu.

Redlich sądzi, że zwłaszcza późno (około 40 roku życia) ujawniona epilepsja ma swe źródło w syfilisie.

Inny z autorów podaje, że wśród leczonych przez niego syfilityków widział 15% epileptyków.

Oprócz alkoholizmu, syfilisu kolosalną rolę odgrywa także i dziedziczność (i tak wśród 30% epileptyków można znaleźć w rodzinie, wśród krewnych także epileptyka).

Inny natomiast autor podaje, że obciążenie dziedziczne ma miejsce w 47%

Statystyka Szella jest w tej sprawie następująca:

| | | |
|---|---|---|
| Obarczenie dziedziczne od rodziców jest w | | 47,21% |
| „ „ | ze strony dziadków jest w | 13,94% |
| „ „ | ze strony stryjów i ciotek jest w | 10,32%. |

Niezmiernie ciekawa statystyka Weeksa, który znalazł między 5,533 krewnymi 372 epileptyków — 12% epileptyków, 9% alkoholików, 6% niedorozwiniętych, 3% psychicznie chorych, 43% zdrowych psychicznie.

Inny znowu badacz Bassoe interesował się kwestją wieku, w którym padaczka się ujawnia i z 200 chorych u 121 epileptyków choroba zjawiła się w 20 roku życia.

Dziedziczność w patogenezie padaczki odgrywa wielką rolę.

Dodać muszę, że w patogenezie epilepsji odgrywa rolę nietylko alkoholizm rodziców, lecz także i samego chorego.

Clemensen zwrócił uwagę że w 4—6% epilepsja występuje w czasie ciąży poraz pierwszy.

Niezwykle ciekawy przypadek epilepsji u bliźniąt w okresie dojrzewania opisuje Hermen.

Przechodząc od kwestji dziedziczności w epilepsji musimy zastanowić się czy aby epilepsja jest cierpieniem o ściśle sprecyzowanej genezie, o charakterystycznym przebiegu, zejściu i objawach.

Dotychczas zdania badaczy nie są uzgodnione.

Wielu uznaje epilepsję za jednostkę chorobową, która charakteryzuje się przez drgawki lub epileptyczną zmianę charakteru, stany zamroczeniowe i otępienie psychiczne.

Co do przyczyny epilepsji to one nie są absolutnie jasne.

Wyżej wymienione czynniki odgrywają oczywiście wybitną rolę, zdaje się jednak odgrywać pewną rolę także i usposobienie, a więc budowa anatomiczna kory mózgowej, układu nerwowego wogóle oraz funkcji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.

W każdy razie częstokroć przyczyna epilepsji jest dla nas osłoniona tajemnicą, której zgłębić nie umiemy, której nie tyle rąbka co raczej ciemnej zasłony odsunąć nie potrafimy. Obecnie wybitnie naprzód posuwają się nad architektoniką kory mózgowej w padaczce.

Pamiętać trzeba, że obraz anatomopatologiczny nie poucza o przyczynie procesu chorobowego; obraz bowiem anatomopatologiczny jest rezultatem wszystkich exogennych i endogennych czynników ale nie wykazuje etjologji procesu.

Fakt jednak jest faktem, że jedną z najważniejszych zmian anatomopatologicznych są zmiany w rogu Ammona (t.zw. scleroza rogu Ammona); dzięki tym spostrzeżeniom można przeto z pewną ostrożnością rozpoznać padaczkę sekcyjnie o ile zmiany wyżej opisane stwierdzić się dają.

Z polskich psychjatrów żywo tą sprawą zajmował się Rose, Wichert, Dreszer.

Ci ostatni w swej pracy „z histopatologji padaczki" podają, iż badacz tej miary co Spielmayer twierdzi, że zmiany stwierdzone w architektonice mózgu nie przyczyniają się do wyjaśnienia patogenezy padaczki i nie stoją w związku z objawami klinicznemi. — Spilmayer tłomaczy zmiany w rogu Ammona gorszem ukrwieniem tych okolic mózgu a to z powodu skurczu naczyń, które zawsze poprzedza napad epileptyczny.

Nie mogąc wchodzić tutaj w szczegóły niezwykle interesującej pracy Wicherta podam, że rozpatrują oni zmiany histopatologiczne w 6 przypadkach padaczki:

1 przypadek — epilepsja bez wyższej przyczyny
2 „ — epilepsja samoistna
3 „ — epilepsja alkoholowa
4 „ — epilepsja pourazowa
5 „ — epilepsja w porażeniu postępującem.

Badaczom (Wichert, Dreszer) wydaje się, że zmiany w dolnych warstwach kory mózgowej stoją w ścisłym związku z epilepsją.

W napadzie epileptycznym jak to słusznie piszą autorzy możemy rozróżnić kilka zjawisk najistotniejszych:

1) utrata świadomości
2) drgawki
3) zaburzenia wegetatywne (bladość, sympaticotonja, rozszerzenie żrenic, pocenie się, ślinienie, oddawanie moczu bezwiednie, objawy naczynio-ruchowe.

Wszyscy autorowie podkreślają, że zaburzenia naczynio-ruchowe o charakterze skurczu naczyniowego są zjawiskiem stale występującem przed napadem epileptycznym.

Spielemayer np. stanowczo twierdzi, że właśnie skurcz naczyń w napadzie epileptycznym tłomaczy zmiany w rogu Ammona, jako rezultat miejscowego niedokrwienia.

Nasuwa się teraz zagadnienie jaki jest mechanizm powstawania drgawek. Orzechowski twierdzi, że to jest reakcja przeciwko zatruciu i skurcz naczyniowy to obrona przeciw zatruciu.

W swej pracy Wichert i Dreszer dochodzą do przekonania, że zmiany w rogu Ammona nie są skutkiem napadów epileptycznych, lecz są jedną z przyczyn.

Klasyfikacje epilepsji są bardzo różnorodne.

I tak dzielą na:

1) epilepsję wywołaną przez jady wewnątrzustrojowe
2) epilepsję alkoholową i t.d. (jady zewnętrznoustrojowe)
3) epilepsję z powodu miejscowych schorzeń (guzy, kiła i t. d.

Znowu inni (cytuję według Orzechowskiego) dzielą zależnie od przyczyny na epilepsję ciążową, urazową, alkoholową, ołowicową, miażdżycową.

Wśród ojawów klinicznych epilepsji najcharakteryczniejszem jest napad drgawkowy. Zwykle drgawki są poprzedzane objawami t.zw. zwiastunowemi, które jednak zdarzają się niezawsze. Turzer podaje, w 15%, inni autorowie twierdzą, że % jest o wiele większy.

Zwiastunami może być jakieś dziwne przytłaczające uczucie, ból głowy, nastrój niezrównoważony, senność, niepokój, euforja. Pozatem należy omówić aurę t. j. okres przed samym napadem. Częstość aury około 50%. Zwykle polega na traceniu świadomości.

Aura może być ruchowa, czuciowa, czasami zwracają uwagę ruchy automatyczne bezcelowe np. rozbieranie i ubieranie.

Dopiero po aurze następuje rozwój burzliwych wypadków, wystąpienie napadu drgawkowego. Bywa jednak nierzadko, że zjawiają się t. zw. małe napady lub napady poronne z bladością, utratą przytomności, krótkiem zamroczeniem.

Napady poronne cechują się tem, że niema wyładowania ruchowego tak charakterystycznego — dla pewnego napadu epileptycznego.

Zdarza się często, że napady epileptyczne występują li tylko w określonych godzinach (np. w nocy).

Jeszcze jedno należy podkreślić na co wielką uwagę zwraca Orzechowski t. j. na objawy wegetatywne.

W czasie napadu epileptycznego występuje zespół sympaticotonij, który ujawnia się rozszerzeniem źrenicy, objawami naczynioruchowemi, mimowolnem oddawaniem moczu, ślinieniem, poceniem się i t. d.

Obecnie w dobie szybkiego rozwoju endokrynologji Foerster zwrócił uwagę na zaburzenia przypadkowe, którym przypisuje niepomiernie ważne znaczenie w etjologji epilepsji (zwrócił on uwagę na epilepsję przy niedorozwoju przysadki u eunuchów i t. d.)

Podkreślają także wagę gruczołu przytarczycznego za czem przemawiają napady epileptyczne w przebiegu tężyczki po wycięciu przytarczyc.

W doświadczeniach Bidla po wycięciu gruczołów przytarczycznych pojawiały się napady epileptyczne (u zwierząt).

Interesujące są także badania Claude-Lejoine, Sanerbrach, Elias, Peritza, Frischa.

Następnie należy zwrócić uwagę na częstość stanu grasiczego u epileptyków, ale sprawą ważniejszą jest kwestja zaburzeń gruczołów płciowych u epileptyków. Zauważono iż pierwsze napady epileptyczne występują nierzadko podczas pierwszego miesiączkowania, podczas ciąż, w okresie przekwitania, często także spostrzega się w epilepsji zatrzymanie perjodu, pewien niedorozwój płciowy no i częstość powikłań ennochoidyzmu z epilepsją co podkreśla Sterling, Orzechowski.

Gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem w patogenezie epilepsji odgrywają pewną rolę przez produkty wadliwego chemizmu tkankowego.

Rola ta nie jest jednak potężną, nie wyłączną, a nawet nie dominującą.

Natomiast Orzechowski, twierdzi, że kardynalnym składnikiem bodźca napadotwórczego są zaburzenia w krążeniu płynu mózgowordzeniowego, dotyczące powierzchownych obszarów opon, innym składnikiem bodźca napadotwórczego jest wzmożona pobudliwość ruchowa mózgowia, a zasadniczym czynnikiem wpływającym na próg pobudliwości jesl anatomiczna zmiana mózgu, która w zależności od czasowego natężenia miejscowych zaburzeń krążenia płynu mózgowordzeniowego jest bodźcem drażniącym o zmiennem nasileniu (Orzechowski).

Wyjaśnienie celowości napadu nie jest łatwe.

W każdym bądź razie wiadomem jest, że mózg się kurczy, mózg tem samem wytłacza płyn mózgowordzeniowy z komór ale potem komory rozszerzają sie wybitnie.

W zakończeniu pragnę omówić pokrótce klasyczny brzebieg napadu epileptycznego.

Po aurze, (która może być jak to wyżej mówiłem motoryczną lub sensoryczną, lub psychiczną) następuje przemijające zwiotczenie mięśni po którem zjawia się skurcz tężcowy przechodzący w skurcze kloniczne.

Czas napadu trwa zwykle kilka minut. Z chwilą wystąpienia skurczu tężcowego chory pada na ziemię (skurcz tężcowy trwa $^1/_2$ minuty), potem występują skurcze kloniczne, ruchy miotające. Chory jest nieprzytomny, oddaje mocz i kał pod siebie.

Zdarza się jednak nierzadko występowanie napadu poronnego (skurcze trwają b. krótko lub tylko omdlenie).

Ciekawem jest to, że epileptycy mają bardzo wyraziste typy charakteru, a mianowicie cierpią na zahamowanie myślowe, egocentryzm t. j. interesowanie się wyłącznie sprawami swojemi, nieprawidłowa affektacja.

Przebieg choroby okazuje skłonność do stopniowego pogarszania się, wreszcie dochodzi do otępienia psychicznego,

Leczenie epilepsji daje niezłe rezultaty.

Używa się bromu i luminalu, które to preparaty umiejętnie dawkowane przynoszą dużą ulgę choremu.

Szczegóły leczenia p. w jednym z poprzednich numerów „Przeglądu felczerskiego".

*Dr. med. Z. S.*

# Z dziedziny reumatyzmu.

Do rzędu chorób o olbrzymiem znaczeniu społecznem prócz kiły i gruźlicy przybywa trzecia ujmowana najczęściej pod ogólną nazwą—reumatyzmu, a obejmując cały szereg schorzeń manifestujących się przeważnie (jednak niekoniecznie) cierpieniami stawów.

Znaczenie choroby tej z punktu widzenia społecznego występuje w bardzo zmiennem nasileniu w zależności od klimatu i warunków socjalnych ludności danego kraju.

Prawdziwą klęskę społeczną stanowią cierpienia stawowe w Anglji i Holandji w państwach zbliżonych do mórz północnych.

Z Anglji pochodzą najstarsze opisy naukowe podagry, w Anglji reumatyzm przeciskał się nawet do literatury pięknej, tak że w każdej prawie powieści mieliśmy typ ojca czy dziadka jęczącego z powodu podagry.

Nic też dziwnego, że ztamtąd wyszła inicjatywa do stworzenia międzynarodowej instytucji naukowej poświęconej walce z reumatyzmem.

Instytucja ta powstała pod nazwą Międzynarodowego Komitetu do Walki z Reumatyzmem.

Najczynniejszy udział biorą w niej Anglicy, Holendrzy, Amerykanie i Francuzi.

U nas kwestje reumatyzmu aczkolwiek grają doniosłą rolę nie stanowią jeszcze klęski społecznej. Zajmowały się tą kwestją zjazdy lekarskie i ostatni XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników poświęcił jej sporo czasu.

---

W ostatnim N-rze „Presse Thermale et Climatique", sekretarz Międzynarodowego Komitetu do Walki z Reumatyzmem Dr. J. Van Breemen z Amsterdamu wystąpił z wielkim artykułem p. t „Orientation Clinique-Physiologique sur le Diagnostic et la Therapie des maladies rheumatismales chroniques". Tytuł jest niezupełnie ścisły, gdyż artykuł ten nie omawia w stylu klinicznym djagnostyki i leczenia chorób stawowych, traktuje natomiast wyczerpująco stronę społeczną zagadnienia.

O ile wśród laików często zdarza się spotkać z zapytaniem co to jest artretyzm a co to reumatyzm, o tyle wśród lekarzy praktyków, a zwłaszcza wśród naukowców niema większego chaosu dotyczącego kwestji klasyfikacji spraw gośćcowych.

Nie oznacza to jakiejś ignorancji w tej dziedzinie, przeciwnie sprawa etjologji, patogenezy, bakterjologji, rentgenologji i kliniki gośćca jest przez naukę zgłębiana coraz gruntowniej; wiemy dziś już jaka jest różnica między cierpieniem zwanem popularnie artretyzmem, a tem co się potocznie określa słowem reumatyzm chociaż nazwy naukowe są nieco inne.

I tu właśnie, w dziedzinie nazw zaczyna się tragedja.

W każdem państwie, a nawet w każdej klinice nieomal, każdy wybitniejszy internista ustala swoje własne mianownictwo gośćcowe, układa własne klasyfikacje i systematyki.

W hazardzie naukowych określeń powstaje cały szereg dziwolągów mianownictwa jak francuskie: *rhumatisme rhumatismale* co oznacza dosłownie reumatyzm reumatyczny i t. p. Płynie stąd niemożność porozumienia i współpracy międzynarodowej w tej dziedzinie.

Na ten temat rozpisuje się Dr. Van Breemer proponując w imieniu Komitetu zharmonizowanie pracy.

Omawia on kolejno zdobycze narodòw i metody pracy w badaniach gośćca.

Klasyfikację chorób gośćcowych ujmować można z różnych punktów widzenia.

W zależności od zmian w tkankach jakie powoduje choroba można ułożyć klasyfikację anatomiczną.

W związku z postępami bakterjologji, możnością wykrywania drobnoustrojów chorobotwórczych, oraz z rozwojem nauki o jadach-toksynach, budowano klasyfikacje patogenetyczne.

Również różne przebiegi różnych schorzeń stawowych, mogą dać podkład do stworzenia klasyfikacji klinicznej.

Kwestja konstytucji i gruczołów wewnętrznego wydzielania również w klasyfikacjach spraw gośćcowych zajmuje poczesne miejsce.

Niemcy operują głównie klasyfikacjami anatomicznemi, Francuzi i Anglicy zwracają największą uwagę na klinikę i patogenezę sprawy.

Ankiety ortopedów i internistów amerykańskich wysuwają na plan pierwszy patogenezę. Ich klasyfikacje układane są według czynnika wywołującego chorobę. Ten punkt widzenia najbardziej wg. Van Breemera jest godny polecenia w badaniach międzynarodowych.

Jakie są zalety i wady tego czy innego punktu widzenia przy układaniu klasyfikacyj gośćca?

Można śmiało powiedzieć, że przy dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej każda klasyfikacja podtrzymująca ściśle tylko jeden z powyższych punktów widzenia będzie sztuczna i niejasna.

Jedynie kompromis może dać dobre rezultaty i słusznie mówi Anastazy Landau w Pamiętniku I Lekarskiego Kursu Dokształcającego Dla Lekarzy w Ciechocinku, że „wszelka klasyfikacja musi być do pewnego stopnia kompromisowa, bo w przyrodzie niema gwałtownych skoków, przejście jednych stanów chorobowych w inne odbywa się niepostrzeżenie".

Dla przykładu: Klasyfikacja ściśle anatomiczna nie da absolutnie możności rozklasyfikowania całego szeregu różnych chorób stawowych,

których efekt — zmiany anatomiczne chrząstek, kości i części miękich stawu mogą się niczem nie różnić.

Rentgen oddaje wielkie usługi w omawianej kwestji nie tak jednak wielkie jak pierwotnie przypuszczano. Owszem odgrywa on w wielu wypadkach ustalania djagnozy dużą rolę, ale nie można na nim oprzeć jakiegoś systematycznego podziału wszystkich chorób stawów.

Bakterjologja stawia często jasne rozpoznanie w chwili gdy np. w nakłutym stawie stwierdzimy prątki duru brzusznego lub gonokoki jednak w najtypowszym schorzeniu stawowem — ostrym gośćcu wielostawowym, nakłucie stawu wykaże najczęściej płyn jałowy chociaż zgadzają się dziś już prawie wszyscy, że jest to cierpienie wywołane na drodze infekcyjnej. Patogeneza nie jest zawsze jasna, przebieg kliniczny często bywa jednakowy w różnych sprawach chorobowych jednem słowem wyłącznego ścisłego kryterjum niema.

Międzynarodowy Komitet proponuje aby oprzeć się w statystykach i ankietach międzynarodowych na metodach ortopedów i internistów amerykańskich.

Amerykanie, jak mówiliśmy, czynnik patogenezy stawiają jako punkt wyjściowy.

Klasyfikacja ich rozpada się na cztery główne punkty.

1. Infekcja;
2. Nieprawidłowości konstytucji (skaza artretyczna);
3. Zaburzenia krążenia skórnego;
4. Czynniki zewnętrzne.

Są to wg. amerykańskich badaczy jak Ralph, Pemberton, Benedikt i europejskich jak Van Loghem z Amsterdamu i Cobet z Jeny najczęstsze przyczyny w patogenezie schorzeń gośćcowych.

Nadzwyczaj prostą, logiczną i giętką a jednocześnie bardzo dokładną klasyfikację podał na I Kursie Dokształcającym dla Lekarzy w Ciechocinku Dr. Anastazy Landau, wybitny lekarz warszawski (wydrukowana w Pamiętniku Kursu). Wychodzi on również z punktu widzenia patogenezy, jednak nie trzyma się niewolniczo tego punktu widzenia i dla jasności przedmiotu idzie na kompromis.

Przytoczymy ją dosłownie, a następnie omówimy oba podane podziały:

## GOŚCIEC STAWOWY.

A. Gościec stawowy ostry.
B. Gościec stawowy przewlekły.

A. Gościec stawowy ostry.

I. Gościec stawowy ostry infekcyjny.

1. Ostry reumatyzm stawowy lub zapalenie ostre stawów reumatyczne (popularny ostry reumatyzm).

2. Gościec stawowy ostry, występujący w przebiegu rzeżączki, szkarlatyny, drętwicy karku, zakażenia popołogowego, krupowego zapalenia płuc, róży i t. p.

II. Gościec stawowy ostry toksyczny.

1. Zapalenie stawów posurowiczne.
3. Ostra dna stawowa (popularny artretyzm).

B. Gościec stawowy przewlekły.

I. Gościec pierwotny zniekształcający (Arthritis deformans).

1. Gościec pierwotny zniekształcający, wielostawowy, postępowy.
   a. postać zanikowa,
   b. postać przerostowa Köhlera.
2. Gościec zniekształcający odosobniony (jednostawowy).
3. Zniekształcający gościec kręgowy.

II. Gościec przewlekły, pochodzenia infekcyjnego.

1. Gościec przewlekły reumatyczny (popularny przewlekły reumatyzm).
2. Gościec przewlekły rzeżączkowy.
3. Gościec przewlekły gruźliczy.
4. Gościec przewlekły kiłowy.
5. Gościec przewlekły kręgowy, zesztywniający lub unieruchomiający.

III. Gościec przewlekły na tle skaz.

1. Gościec przewlekły dnawy.
2. Dna wapniowe.
3. Guzki Heberden'a.
4, Guzki Bouchard'a.
5. Przykurczenia Dupuytren'a.
6. Gościec przewlekły zależny od skażonej czynrości gruczołów dokrewnych, żółtaczki i marskości zanikowej nerek.
7. Gościec przewlekły w chorobach rdzenia w wiądzie i jego jamistości.

Widzimy więc, że klasyfikacja amerykańska jest bardzo ogólna, to też Van Breemen poleca ją jedynie jako wytyczne w pracy, twierdząc, że poszczególne punkty winny być dokładnie opracowane.

Natomiast klasyfikacja Landaua jest obszerna i uwzględniająca wszystkie prawie jednostki chorobowe.

Jeżeli odrzucimy szereg rzadkich schorzeń jak guzki Hebardena, Bonachard'a sprawy gruczołowe, kręgowe i t. p. jako niemających większego znaczenia w praktyce to pozostałe rozklasyfikowanie materjału jest nadzwyczaj jasne.

Podział główny ma goścce ostry i przewlekły nie wymaga komentarzy.

Najpopularniejsze sprawy chorobowe jak reumatyzm stawowy ostry i przewlekły, oraz dnę ostrą i przewlekłą widzimy na swoich poczesnych miejscach w tej klasyfikacji,

Orjentujemy się przytem w rozklasyfikowaniu schorzeń stawów na tle różnych zarazków, po wstrzyknięciu surowicy, oraz chorób stawów międzykręgowych. Dobra klasyfikacja daje nietylko możność porozumienia międzynarodowego ułatwia pracę klimatyczną szpitalną i ambulatoryjną, ułatwia ustalenie metod leczniczych.

---

Leczenie gośćca zależne jest oczywiście od tego do którego z punktów klasyfikacji należy dane schorzenie.

Nie mam zamiaru wyliczać wszystkich preparatów farmaceutycznych mikstur i specyfików w postaci tabletek, proszków, tinctur i maści.

Zająćby to mogło dobry tom, a nie dałoby nam żadnych praktycznych wskazówek, gdyż leczenie farmakologiczne gośćca poza salicyl i różne znane piperaziny i urodonale daleko nie wykracza.

Chciałbym zwrócić uwagę na pewien dział leczenia wspólny wszystkim prawie chorobom gośćcowym, na leczenie zdrojowe i wogóle na całą fizjoterapję.

„Prawie wszystkim", gdyż w wypadkach ostrych nie będziemy zaczynali od leczenia fizjoterapeutycznego. Poza temi jednak nielicznemi wyjątkami najskuteczniejszemi metodami leczenia w gośćcu będą kąpiele, picie wód, masaże, elektryzacje i t. p. Dlatego to Dr. Van Breemer występuje w organie zdrojowym. „Presse Thermale et Climatique" ze swym wielkim programowym artykułem. Winniśmy dążyć do tego, żeby jaknajwięcej chorych mogło wyjechać do uzdrowisk, żeby Kasy Chorych doszły do możności wysyłania większych zastępów swych członków do zdrojowisk polskich.

Jeszcze jedna nowa metoda leczenia gośćca, zwłaszcza w odniesieniu do przewlekłego reumatyzmu (gościec przewlekły reumatyczny B.II. 1. wg. Landaua) zaczyna wchodzić w grę.

Jest to podana przez Paula metoda szczepień leczniczych przeciwgośćcowych.

Szczepienia te są nowością. Niema jeszcze odpowiednio wielkiej statystyki, żeby można było wypowiedzieć się za lub przeciw. Kliniki, szpitale i lekarze praktycy czynią liczne badania i środek ten dzięki swej łatwości w użyciu stał się już modnym.

Leczenie szczepionką Paula polega na serji szczepień naskórnych o dwóch stopniach stężenia: „mitior" i „fortior" (słabsze i silniejsze). Rozpoczyna się od słabszej przechodzi na silniejszą i zakańcza się znów słabszą. Ilość ogólna szczepionek i odległości czasu między szczepionkami nie są jeszcze ściśle ustalone. Sam Paul modyfikuje ostatnio swą metodykę.

Technika szczepienia jest następująca:

Po zmyciu eterem pola szczepienia specjalnym skaryfikatorem Paula, lub z braku takowego zwykłym lancetem, lub dowolnym czystym ostrym narzędziem wykonywujemy 12 draśnięć przecinających tylko naskórek nie dotykając skóry właściwej. Tak wykonane draśnięcia nie dadzą krwawienia, które przy tym zabiegu niewskazane.

Należy jednak zważać, żeby draśnięcia nie były zbyt powierzchowne — muszą one przeciąć naskórek aż do samej prawie skóry właściwej. To jest najtrudniejsza część zabiegu. Długość draśnięć 5 cm. Całe pole winno przedstawiać wielkość pudełka od zapałek (4×5 cm.) Następnie wylewamy z rurki szczepionkę i wcieramy ją płaskiem czystem narzędziem, najlepiej szpadlem do badania gardzieli, aż do zupełnego wyschnięcia. O ile nie było krwawienia pacjent może odrazu potem ubrać się i pójść do domu nie nakładając żadnego opatrunku. Mniej więcej w 25% przypadków szczepionka wywołuje mniej lub więcej silną reakcję ogólną. Należy o tem pacjenta uprzedzić.

O wynikach jak wspomniałem mówić jeszcze nie czas. Wnioski ogólne wypłyną same gdy większa ilość szczepionych przybędzie do statystyki. Z chwilą ukazania się poważnych prac klinicznych na ten temat podamy je do wiadomości czytelników.

*Ceha.*

---

# R e f e r a t y.

Dr. ADOLF MOSTER. **W sprawie walki z reumatyzmem.**—Przegląd Zdrojowo - Kąpielowy. 1929 r. Autor podaje ciekawe statystyki zachorowalności na choroby reumatyczne w różnych krajach. W Anglji wśród ubezpieczonych kobiet tylko zdarza się corocznie: 56.000 przypadków reumatyzmu mięśniowego, 90.000 przypadków postrzału, 27.000 przypadków rwy kulszowej (ischias) i ramieniowej, 52.000 przypadków innych niestawowych zachorzeń reumatycznych.

Około 50% przypadków cierpień reumatycznych daje wady zastawkowe serca.

W Anglji walkę objęły t. zw. „Tweendly Societies" oraz Trade Uniony. Wyłoniony Komitet opracował następujące tezy:

1) Leczenie zdrojowiskowe zwraca w wielu przypadkach schorzeń reumatycznych, obarczonym niemi chorym zdolność do pracy. 2) Wobec tego należy w stosowanych przypadkach przyznawać reumatykom co roku 3 — 4 tygodniowe urlopy na leczenie kąpielowe. 3) Leczeniem powinni kierować specjaliści 4) Stan zdrowia reumatyków powinien być stale kontrolowany. 5) Bardzo znaczny odsetek przypadków— około 70% — nie potrzebuje lecze-

nia kąpielowego. Wystarczają inne sposoby leczenia, stosowanego bądź w domu, bądź też w szpitalu.

Najdokładniejsze statystyki posiadają niemieckie Kasy Chorych i Spółki Brackie. Wg. nich na reumatyzm choruje 10.7% ubezpieczonych (na gruźlicę tylko 2.8%).

Na zakończenie Mester przytacza oficjalną angielską klasyfikację chorób gośćcowych, podziały niemieckie i francuski Teissieza i Rogue'a. *C. H.*

---

G. L. KERR PRINGLE. **The treatmet of rheumatic condition by waters and baths.** (Leczenie zdrojowo kapielowe reumatyczne). — Arch. of Med. Hydrology. — Kerr Pringle wyjaśnia ogólne zasady leczenia zdrojowego reumatyzmu. Zabiegi zdrojowe powodują miejscowe i ogólne przekrwienie co pomaga łatwiejszemu i dokładniejszemu wessaniu wysięków zapalnych. Grają dużą rolę czynniki klimatyczne i zmiana psychiki chorego, wywołana zmianą warunków życia brakiem codziennych trosk.

Do kuracji zdrojowiskowej należy się przygotować przez unormowanie djety i hygieny życia.

Dalej następuje dokładny opis wyszczególniający angielskie metody leczenia zdrojowego.

---

Doc. Dr. LEON KARWACKI, Płk.-lek. i Dr. ANATOL NIEMYSKI, por.-lek. — **Cztery wypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych leczone Aurosanem.**—Lekarz Wojskowy r. 28.

(Dość stary artykuł, ze względu jednak na jego rewelacyjność podajemy zeń streszczenie).

Autorzy podają opis czterech przypadków zapalenia opon mózgowych gruźliczego wyleczonych całkowicie *Aurosanem*, polskim preparatem Spissa, identycznym z duńską *Sanokryzyną*.

Przypadki dotyczyły czystych postaci zapalenia gruźliczego opon mózgowych bez jednoczesnego czynnego procesu gruźliczego w płucach.

Tem też tłomaczą autorzy swe powodzenie.

Aurosan stosowano w małych dawkach dożylnie i doustnie. Stosowanie doustne stosowano od chwili gdy następowały objawy najwyższego nasilenia choroby.

Największa zużyta ilość Aurosanu w jednym z tych przypadków wyniosła 1,2 gr. dożylnie i 4,0 gr. doustnie. Wszystkie przypadki dotyczyły ludzi dorosłych.

---

Artykuł ten jest rzeczywiście rewelacyjny. Dotychczas wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych w literaturze lekarskiej światowej notowane były jako białe kruki.

Cztery wyleczone przypadki na jednym oddziale szpitalnym w przeciągu paru lat winny zwrócić uwagę na Aurosan jako swego rodzaju specyfik przeciw temu cierpieniu tembardziej, że autorzy nie należą do bezkrytycznych wielbicieli leczenia gruźlicy złotem, a nawet co do leczenia gruźlicy płuc należą do obozu pesymistów.

Na skutek tego artykułu stosowano omawiany preparat w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych u dzieci. Jak dotąd zupełnie bezskutecznie. Aurosan jest w przypadkach dziecięcych bezsilny, a nawet może przyspiesza fatalny koniec.

Niestety więc i nadal rozpoznanie zapalenia gruźliczego opon mózgowych u dziecka jest dlań wyrokiem śmierci.

C. H.

---

Dr. ROBERT FRANZ MÜLLER.—**Pierwsza pomoc przy rażeniu prądem elektrycznym.**—Zeitschrif für ärztl. Fortbildung. 1929 rok Nr. 5.

Autor przytacza statystyki niemieckie, z których wynika, że w ciągu r. 1926 było w Niemczech 392 śmiertelnych wypadków rażenia prądem elektrycznym. Cały szereg przypadków kończy się pomyślnie po krótko lub długotrwałych cierpieniach.

Rażenie prądem różnego napięcia i natężenia może wywołać różne efekty w organiźmie, jednak z chwilą przybycia na miejsce wypadku nie należy się zastanawiać nad jakością prądu, tylko po usunięciu kontaktu rażonego z prądem (najlepiej to zrobi technik) przystąpić do ratunku.

Całą uwagę należy skierować wyłącznie na serce i oddech; przeto wykonywujemy natychmiast masaż serca i sztuczny oddech.

Autor zwraca uwagę, że przy rażeniu prądem można skonstatować śmierć pomimo, że chory jeszcze żyje. Zdarza się to wskutek tego, że serce odpowiada na prąd migotaniem komór, które przy osłuchiwaniu może nam dać wrażenie ustania czynności serca. Wobec tego zawsze należy czynić próby ratunku.

Sztuczny oddech wykonujemy metodami zwykłemi, masaż serca zapomocą rytmicznego uderzania pięścią w klatkę piersiową w okolicy serca. Zastrzyki podskórne pobudzające akcję serca często nie odnoszą skutku z powodu ustania krążenia, natomiast wskazane są zastrzyki bezpośrednie do komór sercowych. *Jellinek* radzi rozpoczynać ratunek od nakłucia lędźwiowego.

Rażenia, które wywołały wielkie poparzenie lub wstrząsy nerwowe nie wymagają ratunku natychmiastowego; przypadki te możemy oddać w ręce specjalistów.

---

# Chroniczne milczenie.

Mam przed sobą rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dn. 20/V r. b. umieszczone w Dzienniku Ustaw № 48 poz. 402 z dn. 30/VI z. b., — o detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających — które opiera się na podstawie 2 art. ustawy z dn. 22/VI 23 r. rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej (znów) z dn. 18/I 24 r. w którem p. Minister zarządza w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego.

Rozporządzenie to odnosi się do detalicznej sprzedaży substancyj i przetworów odurzających i obejmuje §§ 13, — obszernie pismem maszynowem 2½ stronic dużego formatu arkusza papieru zapisane. W §. 2 powiedziano „Apteki mogą wydawać środki odurzające za receptą lekarza lub lekarza weterynarji", a gdzie felczer?

Między innemi wyliczonemi środkami zaliczonemi do odurzających, a jest ich 36, — mamy tam: a) pulv Ipecacuanhae, — b) Ti Opii Sim, — c) Ti Opii crocat, — d) Ti Opii benzoica, — e) Gtf Inoziemcovi i t. d.

Zachodzi pytanie czy środki te były objęte lit. A, w dniu uzyskania naszej ustawy t. j. 1.7.21 r. — a jeżeli nie, — to dlaczego pominięto milczeniem felczera?

O ile mi wiadomo to idzie o to, by odzwyczaić ludzi od nałogu odurzania się, co po wojnie bardzo się rozpowszechniło wśród ludności całej Europy, — ale w takim razie § 5 burzy i niweczy całą tę inicjatywę, bo tam powiedziano, — „Apteki upoważnione są (Bagatela, to więcej niżby było powiedziano „mogą") do wydania bez recepty, Gtl Inoziemcov — Tn Opii benzoicae po 20,0, — a Tn Opii sinplic 2,5".

Cały cel wszak tym paragrafem w łeb bierze.

Np. — Tu w Sosnowcu mamy 6 czy 7 aptek tak, że jednego dnia taki nałogowiec może dostać 7 razy po 2,5 Fn Opii S. czyli 15.5, — nie licząc, że tegoż nałogowcy znajomy lub krewny taką samą porcję dostanie i tak codzień.

A jednak by felczer komu przepisał Fn Opii S. 2,5 wcale o tem nie piszą a milczą.

Jeszcze jedno pytanie. — Co ma wspólnego weterynarz z nałogowem odurzaniem się ludzi lub odzwyczajaniem ich od tego?

Sosnowiec, 25.X.29 r. *H. Warszawski.*

---

## Z NOTATNIKA FELCZERA.

**Przy leczeniu ciężkich oparzeń** należy stanowczo unikać wszelkich toksycznych substancyj, zmieniając przytem opatrunki b. rzadko — t. j. tylko co 2 — 3 godziny. Oparzone kończyny należy kąpać lokalnie w 2—3‰ (pro mille) roztworze nadmanganjanu potasu (kali-hyperm.); inne zaś części ciała, winny być tym roztworem opłukiwane wzgl. myte. Gaza opatrunkowa musi być dobrze przesycona wymienionym roztworem — tudzież dobrze wyżęta. Wymieniony 2 — 3, a nawet 4‰ roztwór kali hypermangan nigdy nie działa toksycznie. W czasie samej choroby i rekonwalescencji należy pilnie uważać, by zapobiedz komplikacjom funkcyjnym, jakie powstają wskutek oparzeń, a więc: zrośnięcia palców (syndactylia), zesztywnienie (ankylosis) i inne bliznowate zrosty.

Profesorowie: Tillesvon i Epstein-Lipeck (Wraczebnaja gazieta), polecają przy oparzeniu drugiego i trzeciego stopnia — opatrunki z 5—10% ung. naphtal., przyrządzonej na białej lub żółtej wazelinie.

*Al. Popielnik.*

# K r o n i k a.

## Personel lekarski w Rzeczypospolitej Polskiej.

Według Rocznika statystyki polskiej za r. 1929, który świeżo opuścił prasę, lekarzy, lekarzy-dentystów, felczerów, i akuszerek na dzień 1 stycznia 1929 było w Polsce.

lekarzy:

| | | |
|---|---|---|
| w Warszawie | | 2192 |
| „ woj. | warszawskiem | 423 |
| „ „ | łódzkiem | 808 |
| „ „ | kieleckiem | 437 |
| „ „ | lubelskiem | 432 |
| „ „ | białostockiem | 359 |
| „ „ | wileńskiem | 452 |
| „ „ | nowogródzkiem | 137 |
| „ „ | poleskiem | 200 |
| „ „ | wołyńskiem | 273 |
| „ „ | poznańskiem | 702 |
| „ „ | pomorskiem | 247 |
| „ „ | śląskiem | 423 |
| „ „ | krakowskiem | 1031 |
| „ „ | lwowskiem | 1431 |
| „ „ | stanisławowskiem | 369 |
| „ „ | tarnopolskiem | 286 |

ogółem lekarzy w Polsce jest 10258, lekarzy dentystów zaś 3014, felczerów 2347, akuszerek 7167.

## Znachorstwo w Niemczech.

W Niemczech znachorstwo szerzy się z niepokojącą szybkością, i rzecz dziwna, w wieku samochodu, samolotu i powszechnej materjalizacji i celowości, znajduje coraz więcej zwolenników. Według statystyki urzędowej w r. 1876 było w Prusiech 670 znachorów, czyli na 100 lekarzy 4,9%. W roku 1887 liczba ich wzrosła do 1713 i wynosiła 10,8%, w 1899 do 3049 (12,4%), w r. 1909 na 4468 (14,6%), a w r. 1927 na 11.761 (27%). W statystyce jednak uwzględnieni są tylko ci znachorzy, czyli, jak się to tam nazywa „lekarze laicy", którzy są zarejestrowani w urzędzie sanitarnym. Pozatem są jeszcze tacy, którzy unikają światła dziennego i praktykują potajemnie, nieraz z wielką szkodą dla swych pacjentów. Wobec braku odpowiedniego ustawodawstwa władze są bezsilne wobec tych szkodników. W parlamencie niemieckim poruszono już tę sprawę, i wskazywano na to że Niemiec jest patronizowany i niańczony przez państwo pod każdym względem, tylko na wypadek choroby jest pozostawiony zupełnie samemu sobie, zdany na łaskę i niełaskę różnych „lekarzy" laików i nie korzysta z żadnej opieki państwa. Lekarz rzeczywisty podlega karze, o ile zaniedba korzystać z najnowszych książek i zdobyczy medycznej. Jedynie znachor nie potrzebuje mieć żadnych wiadomości, nikt mu się do jego „leczenia" nie wtrąca, i nawet na wypadek nie udania się jakiego zabiegu, pociągnięty do odpowiedzialności sądowej może po odcierpieniu kary znowu spokojnie wykonywać swój zawód.

Że jest to często zawód złotodajny, tego dowodzi choćby majątek „cudownego" lekarza Weisberga, który leczy twarogiem i... modlitwą a djagnozę stawia za pośrednictwem medjum. Dochody Weisberga obliczają na kilkadziesiąt tysięcy marek niemieckich miesięcznie, a majątek idzie już w miljony.

## Echa P. W. K.

„W związku z zakończeniem Powszechnej Wystawy w Poznaniu, dowiadujemy się, że Przemysołwo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc. wWarszawie wystawiały preparaty swe poza konkursem".

## Osobiste

W № 205 „Wiadomości Warszawskie" z dnia 20 października r. bież p. t. „Niesamowite praktyki lekarskie znachora" opisane są sposoby leczenia niejakiego p. Rudzińskiego.

Otóż członek naszego związku kol. Hubert Rudziński prosi nas o wyjaśnienie, że artykuł ten niema nic wspólnego z osobą kol. Rudzińskiego. —

# Ruch związkowy

**Oddział w Radomiu.**

Lista członków oddziału w Radomiu zalegających w opłacie składki członkowskiej ponad 6 miesięcy.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Rzepecki J. . . | Wierzbnik Kiel. . . . | Za 37 miesięcy | W sumie 129 zł. 50 gr. |
| 2 | Bajnerman A. . | Ostrowiec p. Opat. . | „ 32 „ | „ 112 „ 00 „ |
| 3 | Zalcberg H. . . | Wolanów p. Rad. . . | „ 31 „ | „ 108 „ 50 „ |
| 4 | Sokół P. . . . | Poczta Koprzynica . . | „ 28 „ | „ 98 „ 00 „ |
| 5 | Tuszyński M. . . | Jedlnia p. Kozien. . . | „ 27 „ | „ 94 „ 50 „ |
| 6 | Zieliński F. . . | Radom . . . . . . | „ 24 „ | „ 84 „ 00 „ |
| 7 | Moszkowicz J. . | Radom . . . . . . | „ 21 „ | „ 73 „ 50 „ |
| 8 | Zgrzebnicki S. . | Radom . . . . . . | „ 20 „ | „ 70 „ 00 „ |
| 9 | Grelewski . . . | Polanice Woj. Kiel. . | „ 19 „ | „ 66 „ 50 „ |
| 10 | Sawicki M. . . | Radom . . . . . . | „ 18 „ | „ 63 „ 00 „ |
| 11 | Gerasimow L. . | Wolanów p. Rad. . . | „ 12 „ | „ 42 „ 00 „ |
| 12 | Szucht J. . . . | Iwanizko p. Opat. . . | „ 7 „ | „ 24 „ 50 „ |

## Nadesłane.

„Młoda Matka". Redakcja i Administracja — ul. Górnośląska, 20. Tel. 401-24, Konto P. K. O. 14.555. Warszawa, dn. 14/X 1929 r. — Wielmożny Pan Stanisław Iskrzycki — Jędrzejów — Kielecki, ul. 11 listopada, 48. Szanowny Panie! Artykuł D-ra Baumstera o podcinaniu języka u niemowląt w zupełności nie miał na celu poniżenia stanu felczerskiego. — „Młoda Matka" bardzo ceni zasługi felczerów na polu lecznictwa. Jednakże wszyscy wiemy, że są wśród felczerów jednostki zupełnie niepowołane do wykonywania tym podobnych zabiegów. —

(*Podpis nieczytelny.*)

*Za zgodność: S. Iskrzycki.*

## Do Sz. Kol. Prenumeratorów.

Administracja „Przeglądu Felczerskiego" niniejszem zawiadamia Sz. PP. Prenumeratorów, iż w Nr. 12—1929 roku zostanie umieszczony wykaz tych, którzy zalegają z opłatą za otrzymany „Przegląd" za rok bieżący, jak i za lata ubiegłe (jak w Nr. 7/8—1929 r.).

Jednocześnie zawiadamiamy, iż wszystkim PP. Prenumeratorom, którzy zalegają z opłatą w wys. 12 zł. i więcej wysyłanie „Przeglądu" zostanie z dn. 1. I—1930 roku wstrzymane.

Nie chcąc narażać Sz. PP. na opublikowanie ich nazwisk, — administracja prosi o jaknajrychlejsze wpłacenie należności za „Przegląd Felczerski".

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.